

NOTICE (Valant Conditions Générales)
GARANTIE FRAIS DE SANTÉ N° NIC-2011-01



Notice relative aux contrats collectifs à adhésion facultative souscrits par MMC DEVELOPPEMENT. COM - SAS de gestion et de courtage d'assurances au capital de 75 000 € - RCS Vesoul 527 879 879 - N° ORIAS : 10 058 426 - 6, rue Paul Morel - BP 80283 - 70006 Vesoul Cedex et l'ANPPI (Association Nationale de Prévoyance des Professions Indépendantes, association loi 1901 sise 255, rue de Vaugirard 75015 Paris) auprès de la Mutuelle Médico Chirurgicale (MMC), Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du code de la Mutualité, siège : 6, rue Paul Morel - BP 80283 - 70006 Vesoul Cedex, immatriculée au RNM N°778542852, dans le respect de ses statuts, de la présente notice, et du code de la Mutualité, le tout formant un tout indissociable.

La garantie d'assistance a été souscrite par MMC conformément à la décision de son Assemblée Générale auprès de Europ Assistance, Société Anonyme au capital de 23 601 857 €, RCS Nanterre 451 366 405, siège social : 1 promenade de la Bonnette - 92230 GENNEVILLIERS .

La garantie «Coups durs» a été souscrite par MMC auprès de : DAS Assurances Mutuelles, Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes, RCS LE MANS 775 652 142, et de DAS DA, Société anonyme au capital de 60 660 096 €, RCS LE MANS 442 935 227, sièges sociaux : 33, rue de Sydney - 72045 LE MANS CEDEX 2, entreprises régies par le code des Assurances.

La gestion des adhésions est effectuée par la Mutuelle Médico Chirurgicale (MMC), à l'adresse de son siège social et administratif : 6, rue Paul Morel - BP 80283 - 70006 Vesoul Cedex.

PRINCIPALES DEFINITIONS

ADHÉRENT OU MEMBRE PARTICIPANT : Personne physique ou morale qui signe la demande d'adhésion, en acquitte les cotisations, et fait accéder aux garanties dudit contrat.

CHEF DE FAMILLE : Adhérent personne physique, désigné comme assuré au contrat.

ASSURÉ OU BÉNÉFICIAIRE : La (ou les) personne(s) garantie(s) par l'adhésion et désignée(s) au certificat d'adhésion.

ÉCHÉANCE PRINCIPALE : Date de renouvellement de l'adhésion et date à partir de laquelle la cotisation est due pour l'année à venir. L'échéance principale est fixée au premier janvier.

ANNÉE D'ASSURANCE : Période s'écoulant entre deux dates d'échéance principale (la première année : période s'écoulant entre la prise d'effet des garanties et l'échéance principale suivante).

CONCLUSION DE L'ADHÉSION : L'adhésion est conclue par l'accord entre l'adhérent et l'assureur. La date de conclusion (date d'effet) est indiquée au certificat d'adhésion.

GARANTIE : Elle correspond à l'engagement de la Mutuelle de verser une prestation si le membre participant ou le cas échéant ses ayants droit, sont victimes d'un sinistre. Nos contrats garantissent le complément après l'intervention d'un régime de base obligatoire français, et des garanties accessoires pour une garantie médicale plus complète.

PRÉAMBULE

Votre adhésion au contrat est :

- Régie par les dispositions qui suivent dans le présent document. La loi applicable est la Loi française et notamment le code de la Mutualité, la langue que nous utilisons est la langue française,
- Constituée des éléments suivants :
 - La présente notice qui définit les conditions d'application de votre adhésion au contrat, expose l'ensemble des garanties proposées et pouvant être souscrites. Elle vous informe sur les risques non couverts et vous indique également la marche à suivre pour obtenir vos remboursements.
 - Le certificat d'adhésion qui précise notamment les différentes dispositions personnelles de votre adhésion, les personnes assurées, l'étendue et les modalités des garanties effectivement souscrites.
 - Le tableau des garanties qui précise les dépenses de santé assurées et le montant de la participation correspondante.

ARTICLE 1 - OBJET DU CONTRAT

Le contrat a pour objet de permettre à l'adhérent de bénéficier, durant la période de validité de son adhésion, du remboursement de ses dépenses de santé suite à maladies ou accidents.

Cette garantie peut être étendue aux membres de la famille de l'adhérent.

ARTICLE 2 - NATURE DES GARANTIES

L'adhésion est viagère dès la prise d'effet du contrat.

- GARANTIES SOLIDAIRES

L'accès au contrat et aux garanties proposées dans le cadre des différents niveaux est acquis quel que soit l'état de santé de l'assuré, qui n'aura pas à répondre à un questionnaire de santé.

- GARANTIES « CONTRAT RESPONSABLE »

Les différentes formules et niveaux de garanties du contrat respectent l'ensemble des dispositions du cahier des charges du contrat dit responsable et respecte la réglementation liée au parcours de soins.

En cas d'évolution législative et réglementaire effectuée dans ce cadre, les garanties du contrat seront mises en conformité après information préalable des adhérents.

GARANTIES

DÉFINITION DE LA GARANTIE

Elle correspond à l'engagement de la Mutuelle de verser une prestation si le membre participant ou, le cas échéant, ses ayants droit sont victimes d'un sinistre.

Nos contrats garantissent le complément après l'intervention d'un régime de base obligatoire français, et des garanties accessoires pour une couverture médicale plus complète. Différents niveaux de garanties sont proposés.

GARANTIE CHIRURGIE

La garantie chirurgie prend en charge dans les conditions déterminées à la présente notice toute intervention chirurgicale rendue nécessaire par suite de maladie, d'accident ou de maternité.

Ces interventions doivent figurer à la nomenclature des actes de chirurgie et des actes de spécialités.

FRAIS DE SÉJOUR

Dans les établissements publics, privés, et grands centres hospitaliers, remboursement sur la base du tarif de responsabilité des régimes de base obligatoires.

GARANTIE HOSPITALISATION

Dans les établissements publics, privés et grands centres hospitaliers, remboursement sur la base du tarif de responsabilité des régimes de base

obligatoires, en hospitalisation chirurgicale, médicale, psychiatrique, centres de rééducation fonctionnelle, moyen séjour, repos et convalescence et maternité (accouchement) suivant le niveau de garanties choisi lors de l'adhésion.

GARANTIE MALADIE

Remboursement des frais médicaux, des frais de pratique médicale courante, des soins infirmiers, des examens de laboratoire et de radiologie, des frais de chirurgie, des frais d'optique, de bandages, d'appareils orthopédiques, de transport et de pharmacie suivant le niveau de garanties choisi lors de l'adhésion.

GARANTIE DENTAIRE

Remboursement des soins dentaires laissés à la charge de l'adhérent après remboursement par les régimes de base obligatoires (ticket modérateur). En ce qui concerne les prothèses dentaires et l'orthodontie ayant fait l'objet d'un accord par le régime de base obligatoire, prise en charge dans la limite des frais engagés suivant le niveau de garanties choisi lors de l'adhésion.

Remboursement des prothèses dentaires mobiles et fixes refusées (sauf provisoires), prise en charge dans la limite des frais engagés suivant le niveau de garanties choisi lors de l'adhésion, sur présentation de facture acquittée.

FORFAIT JOURNALIER

Prise en charge en cas d'hospitalisation chirurgicale et médicale, dans la limite annuelle du niveau de garanties choisi lors de l'adhésion.

CHAMBRE PARTICULIÈRE CHIRURGIE

Prise en charge de la chambre particulière dans l'établissement où a lieu l'intervention, pendant la durée normale du séjour prévue à la nomenclature des actes professionnels dans la limite des frais engagés et suivant le niveau de garanties choisi lors de l'adhésion.

Chambre particulière maladie, maternité, en centre de rééducation, repos et convalescence et psychiatrie.

Prise en charge des frais engagés pour le supplément chambre particulière, dans la limite annuelle suivant le niveau de garanties choisi lors de l'adhésion.

FRAIS D'ACCOMPAGNEMENT

Les frais de personnes (lit et repas hospitalier) qui accompagnent un enfant de moins de 12 ans inscrit au contrat, pour la durée maximum annuelle notifiée au niveau de garanties choisi lors de l'adhésion.

FORFAIT NAISSANCE

Paiement du forfait naissance prévu au niveau de garanties choisi lors de l'adhésion, par enfant, sous réserve de son inscription effective le 1^{er} jour de son mois de naissance et du paiement de la cotisation.

FORFAIT APPAREILLAGE AUDITIF ET FORFAIT PETIT APPAREILLAGE

Paiement du forfait prévu au niveau de garanties choisi lors de l'adhésion, dans la limite des frais engagés, après remboursement du régime de base obligatoire et sur présentation de factures acquittées.

FORFAIT OPTIQUE

Paiement du forfait prévu au niveau de garanties choisi lors de l'adhésion, dans la limite des frais engagés, après remboursement du régime de base obligatoire et sur présentation de factures acquittées.

Remboursement des lentilles refusées* et opération de la myopie, prise en charge dans la limite des frais engagés et suivant le niveau de garanties choisi lors de l'adhésion, sur présentation de factures acquittées (*et d'ordonnances ou de lettres de refus du régime de base obligatoire).

CURE THERMALE

Remboursement des cures prévu au niveau de garanties choisi lors de l'adhésion, dans la limite des frais engagés, après remboursement du régime de base obligatoire et sur présentation de factures acquittées et/ou autres justificatifs.

DÉPASSEMENT D'HONORAIRES

Remboursement du dépassement, après prise en charge du régime de base obligatoire, prévu au niveau de garanties choisi lors de l'adhésion, dans la limite des frais engagés.

HOSPITALISATION ET INTERVENTION CHIRURGICALE À L'ÉTRANGER

Lors de tout séjour en dehors du territoire français ne dépassant pas 6 mois par an en une ou plusieurs périodes.

En cas d'hospitalisation et/ou d'intervention chirurgicale à l'étranger, prise en charge par le régime de base obligatoire français de l'assuré, la Mutuelle rembourse les dépenses dans la limite du tarif de responsabilité déterminé par le centre de régime de base obligatoire auquel le bénéficiaire est affilié.

FORFAIT TÉLÉVISION

Paiement d'un forfait indiqué au tableau de garanties choisi lors de l'adhésion, sur les frais de location d'un téléviseur lors d'un séjour hospitalier en médecine ou chirurgie, sur présentation de factures acquittées et d'un bulletin de situation.

MONTANT DE LA GARANTIE

Les montants des garanties sont déterminés et détaillés suivant le niveau de garanties choisi lors de l'adhésion.

ARTICLE 3 - QUI PEUT ADHÉRER AU CONTRAT

Pour adhérer au contrat, vous devez :

- Être assujéti à un régime de base obligatoire français, en tant qu'assuré social ou ayant droit,
- Respecter l'âge limite indiqué au tableau de garanties de chaque niveau.

Dispositions spécifiques aux seuls adhérents au statut de TNS souhaitant bénéficier de la possibilité de déductibilité fiscale des cotisations de leur régime complémentaire.

Pour adhérer à ce contrat vous devez relever du régime de base obligatoire d'assurance maladie des travailleurs non salariés et vous engager à être à jour, pendant toute la durée de votre adhésion au contrat, de vos cotisations auprès

de ces régimes de base obligatoires.

ARTICLE 4 - PERSONNES ASSURÉES ET ÂGES LIMITÉS À L'ADHÉSION

Les personnes assurées sont l'adhérent et, s'ils sont désignés sur le certificat d'adhésion, son (ou sa) conjoint(e), son (ou sa) concubin(e), ses enfants à charge (au sens de la Sécurité Sociale).

Les assurés doivent par ailleurs être affiliés auprès d'un régime de base français obligatoire en tant qu'assuré social ou ayant droit.

Lors de la prise d'effet des garanties (article 3), l'adhésion est conditionnée aux âges limites définis, pour chaque niveau, dans le tableau des garanties en cours de validité. Nous déterminons l'âge de l'assuré au 1^{er} janvier de chaque année, par différence de millésime, (année civile - année de naissance).

ARTICLE 5 - EFFET, DURÉE ET RENOUVELLEMENT DE L'ADHÉSION

L'adhésion prend effet, à l'égard de l'ensemble des assurés, à la date mentionnée sur le certificat d'adhésion. Elle se renouvelle ensuite au 1^{er} janvier de chaque année, par tacite reconduction, sauf dénonciation par l'adhérent (voir article 14.1)

Vous ne pourrez toutefois demander la résiliation que si votre adhésion a une durée effective de 12 mois.

ARTICLE 6 - PRISE D'EFFET DES GARANTIES, DÉLAIS D'ATTENTE

L'adhésion est conclue par l'accord entre l'adhérent et la Mutuelle.

La date de conclusion (date d'effet) est indiquée au certificat d'adhésion.

En cas de vente à distance, l'adhésion peut être exécutée immédiatement et intégralement à compter de sa conclusion à la demande expresse écrite de l'adhérent.

Délai d'attente : aucun.

ARTICLE 7 - TERRITORIALITÉ

La garantie du contrat s'exerce en France métropolitaine, ainsi que dans les départements et territoires d'outre-mer. Elle s'étend aux maladies et accidents survenus à l'étranger, lorsque le régime de base obligatoire de l'assuré s'applique et que les séjours en dehors du territoire ne dépassent pas six mois par an en une ou plusieurs périodes.

ARTICLE 8 - EXCLUSIONS

Risques exclus des garanties.

Ne donnent pas lieu à indemnisation :

- **Les frais et/ou hospitalisation engendrés par des soins commencés ou prescrits avant l'adhésion**

- **Les frais de séjours : les actes et/ou interventions non pris en charge par les organismes du régime de base obligatoire**

EN AUCUN CAS LE VERSEMENT DE PRESTATIONS, MÊME EFFECTUÉ À PLUSIEURS REPRISES, NE SAURAIT CONSTITUER UNE RENONCIATION DE LA MUTUELLE MMC À L'UNE DES EXCLUSIONS DE GARANTIES PRÉVUES AU CONTRAT.

ARTICLE 9 - DÉCLARATIONS DE L'ASSURÉ

9.1 - À l'adhésion

Pour souscrire l'une ou l'autre des garanties proposées dans le cadre du contrat, vous devez répondre sous forme de déclaration à une demande d'informations concernant la situation personnelle des personnes à assurer. Ces déclarations seront reprises sur votre certificat d'adhésion et servent de base à l'établissement de votre adhésion. Elles nous permettent d'évaluer en toute connaissance de cause notre engagement d'assurance, et de percevoir la cotisation adaptée.

9.2 - En cours d'adhésion

Vous devez nous déclarer au plus tard dans les 15 jours :

- Toute modification des éléments spécifiés au certificat d'adhésion

- Les changements ou cessation d'affiliation d'un des assurés à un régime de base obligatoire

- Les changements de domicile ou la fixation du domicile en dehors de la France métropolitaine

Si les éléments modifiés constituent :

- Une aggravation de risque (hors problèmes de santé), nous pourrions soit dénoncer l'adhésion sous préavis de 10 jours, soit proposer une nouvelle cotisation. Si vous refusez nos nouvelles conditions de garanties, vous devez nous en informer par lettre recommandée dès la réception de notre notification

- Une diminution de risques (hors problèmes de santé), nous pourrions diminuer la prime en conséquence. À défaut, vous pourrez demander la résiliation de votre adhésion moyennant un préavis de 30 jours

Pour tout nouvel assuré, vous devez procéder aux déclarations prévues à prendre en compte dans le cadre de votre adhésion. Les conditions d'accès au contrat sont les mêmes que celles définies pour les assurés lors de l'adhésion.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle, toute omission ou déclaration inexacte, faite lors de l'adhésion, ou en cours d'adhésion, entraîne selon la situation la nullité de l'adhésion, la réduction des indemnités conformément au code de la Mutualité.

9.3 - Les autres documents à nous transmettre

Pour vous apporter la qualité de services attendue, certaines informations complémentaires ou documents vous seront demandés.

9.4 - Validité de vos déclarations

Vos déclarations et communications servent de base à l'application de votre adhésion et de la garantie, et n'ont d'effet que si elles sont parvenues à MMC par écrit, ou confirmées par écrit par MMC lorsque vous l'aurez informé par un autre moyen.

L'emploi de documents ou la production de renseignements inexacts, ayant pour but ou pour effet d'induire MMC en erreur sur les causes, circonstances, conséquences ou montant d'un sinistre entraîne l'annulation de l'adhésion, les cotisations versées ne pouvant faire l'objet d'aucun remboursement.

ARTICLE 10 - COTISATIONS

10.1 - La base de calcul et le montant de vos cotisations

En début d'adhésion : le montant de votre cotisation mensuelle et annuelle, est mentionné sur le certificat d'adhésion. Il est déterminé en fonction du niveau de garantie choisi, du nombre et de l'âge des assurés, de leur lieu de domiciliation et des modalités de prise en charge, des bases de remboursement en vigueur du régime de base obligatoire dont ils relèvent lors de la prise d'effet des garanties.

En cours d'adhésion : les cotisations évoluent lors de chaque renouvellement annuel. En cas d'ajout d'un nouvel assuré, la cotisation en vigueur est augmentée du montant de la cotisation respective lors de la prise d'effet de sa garantie. Les montants de la cotisation mensuelle et annuelle seront mentionnés sur le nouveau certificat d'adhésion ou sur l'avenant correspondant.

Votre cotisation peut varier en cas de changement du régime de base obligatoire ou d'un changement de domicile.

Pour la détermination du montant de la cotisation en fonction de l'âge, nous prenons en compte l'âge de l'assuré au 1^{er} janvier de chaque année par différence de millésime (année civile - année de naissance).

10.2 - Variation des cotisations

Lors de chaque échéance principale, votre cotisation, en dehors de la variation prévue en fonction de l'âge des assurés, évoquée ci-dessus :

- Évoluera en fonction du taux d'accroissement des dépenses de santé publié par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

- Pourra également varier en fonction de l'évolution de la consommation constatée sur l'ensemble des adhésions respectives à chacun des contrats

- Pourra évoluer immédiatement et automatiquement ou alors à l'échéance principale en cas de modification des conditions de remboursement et/ou des remboursements pris en charge par votre régime de base obligatoire et/ou en cas d'évolution des impôts et taxes, ou contributions, établis sur votre cotisation postérieurement à votre adhésion

10.3 - Le paiement de vos cotisations

Votre cotisation est annuelle et payable d'avance à MMC. Les modalités convenues pour le paiement de la cotisation (périodicité et modes de règlement) sont mentionnées sur le certificat d'adhésion.

10.4 - Le non paiement de vos cotisations

À défaut de non-paiement de votre cotisation ou d'une fraction de celle-ci dans les 10 jours suivants son échéance, nous pourrions indépendamment de notre droit de poursuivre l'exécution de votre adhésion en justice, vous adresser à votre dernier domicile connu une lettre recommandée valant mise en demeure. Vos garanties pourront être suspendues à l'issue d'un délai de 30 jours après l'envoi de cette lettre, et votre adhésion résiliée 10 jours après l'expiration du délai précité de 30 jours.

Les coûts d'établissement et d'envoi de lettre de mise en demeure sont à votre charge ainsi que les frais de poursuite et de recouvrement dont la récupération est autorisée par la loi.

ARTICLE 11 - MODIFICATIONS DES GARANTIES

L'adhérent peut modifier ses garanties à chaque échéance annuelle sous réserve d'en effectuer la demande au moins deux mois avant cette date et sous réserve d'acceptation de la Mutuelle MMC.

ARTICLE 12 - QUELLES SONT VOS GARANTIES ?

VOTRE GARANTIE SANTÉ

Notre participation, telle que prévue au sens du présent contrat, intervient sur les dépenses de santé engagées par l'assuré, pour des actes, produits et matériels médicaux ou chirurgicaux prescrits entre les dates de début et de fin de sa garantie, pour autant que ceux-ci soient expressément mentionnés dans le tableau des garanties pour le niveau de garantie choisi.

Les actes, produits et matériels médicaux ou chirurgicaux non mentionnés dans le tableau des garanties pour le niveau de garantie choisi ne peuvent donner lieu à aucune participation de notre part.

La date prise en compte pour la prise en charge des dépenses de santé garanties : le remboursement des prestations s'effectue en prenant en considération la date de la consultation ou la date de prescription. En cas de renouvellement d'ordonnance, nous retenons la date de facturation sur présentation de la copie de l'ordonnance initiale.

En tout état de cause, les dates de proposition d'exécution et de délivrance doivent se situer dans la période de garanties.

Nos remboursements viennent en complément de ceux de la Sécurité Sociale française (ou de tout autre régime de base obligatoire) et de ceux d'éventuels organismes complémentaires auprès desquels les assurés pourraient être garantis. Le remboursement des dépenses de maladie par la mutuelle ne peut en aucun cas être supérieur au montant des frais restant à la charge effective de l'adhérent. Au cas où des prestations auraient été versées à tort, les sommes en question peuvent être récupérées sur les prestations dues.

Pour le remboursement des frais relatifs aux actes et matériels médicaux, nous nous conformons aux dispositions de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), de la classification des actes médicaux (CCAM), de la Liste des Produits et Prestations (LPP) et de la Table Nationale de Biologie (TNB).

À l'exception des actes pour lesquels nous réglons directement le professionnel de santé des dépenses engagées, le remboursement des dépenses est établi à

l'ordre de l'adhérent pour l'ensemble des assurés et effectué en France dans la monnaie légale de l'État Français.

Cas particulier des garanties nouvelles

Les actes et produits définis au tableau des garanties à la rubrique Garanties nouvelles sont ceux définis par le Conseil scientifique de la Mutuelle. Les conditions de remboursement en cours sont disponibles sur le site internet de la Mutuelle.

LES SERVICES COMPLÉMENTAIRES PROPOSÉS

Tiers payant : une carte de tiers payant est délivrée par la MMC à l'adhérent lors de la mise en place des garanties afin de permettre aux assurés la dispense d'avance de frais auprès de certaines professions de santé partenaires, aux conditions définies par la Mutuelle.

L'utilisation de la carte de tiers payant n'est acquise, sous peine de poursuite, que si l'adhérent est à jour de ses cotisations au jour de l'utilisation de ladite carte. En cas d'utilisation frauduleuse de la carte de tiers payant, MMC pourra demander à l'adhérent le remboursement des sommes exposées auprès des professionnels de santé consultés.

L'adhérent qui cesse pour quelque raison que ce soit de bénéficier des garanties s'engage à restituer immédiatement sa carte en cours de validité.

LES SERVICES D'ASSISTANCE SANTÉ

S'ils sont mentionnés au tableau des garanties pour le niveau retenu. Les assurés bénéficient d'un ensemble de services d'assistance santé qui les accompagne en cas de besoin. Les conditions de votre garantie d'assistance sont indiquées dans les conditions générales de l'assisteur jointes au présent document.

LA GARANTIE COUPS DURS

Si elle est mentionnée au tableau des garanties pour le niveau retenu, prend en charge les mensualités de votre Mutuelle dans la limite de 250 euros. Elle a pour objet d'aider l'adhérent à faire face aux conséquences financières de l'hospitalisation suite à un accident, à la perte d'emploi de l'adhérent ou à un arrêt de travail prolongé de l'adhérent consécutif à son incapacité temporaire totale de travail (les conditions générales coups durs sont jointes).

Article 13 - COMMENT OBTENIR VOS PRESTATIONS ?

Les documents que vous devez transmettre pour le remboursement de vos dépenses de santé, dès lors que la MMC n'a pas effectué le règlement des frais directement au professionnel de santé.

- **Hospitalisation** : les originaux des factures acquittées de l'établissement hospitalier, les notes d'honoraires acquittées des chirurgiens présentant la cotation détaillée des actes, ainsi que l'original du décompte de la caisse de régime de base obligatoire s'il y a lieu.

- **Dentaire** : l'original du décompte de la caisse de régime de base obligatoire.

Pour les frais dentaires non remboursés par le régime de base obligatoire, l'original de la facture acquittée détaillée de tous les actes.

- **Optique** : l'original du décompte de la caisse de régime de base obligatoire. Pour le versement du « forfait Optique » : la facture originale acquittée établie par l'opticien. Pour les lentilles non remboursées par le régime de base obligatoire : l'original de la facture acquittée détaillée établie par l'opticien accompagné de la copie de l'ordonnance ou de la lettre de refus du régime de base obligatoire.

- **Audioprothèse** : l'original du décompte de la caisse de régime de base obligatoire. Pour le versement du « forfait Achat Audioprothèse » : l'original de la facture acquittée détaillée établie par l'audioprothésiste.

- **Cure thermique** : l'original du décompte de la caisse de régime de base obligatoire. Pour le versement du « forfait Cure » : l'original de la facture acquittée détaillée établie par l'Établissement thermal ainsi que la facture originale d'hébergement (meublé, hôtel, camping...) et/ou facture de transport : billet de train ou attestation des kilomètres parcourus (aller-retour domicile) avec copie de la carte grise du véhicule au nom de l'adhérent.

- **La médecine courante** : la pharmacie, les frais de transport, les honoraires, le petit appareillage : l'original du décompte de la caisse de régime de base obligatoire accompagné le cas échéant d'une facture originale détaillée et acquittée.

NB : Lorsque l'assuré bénéficie de la télé transmission NOEMIE avec sa caisse de régime de base obligatoire, il est dispensé de nous fournir les originaux des décomptes de remboursement.

Dans tous les cas où l'adhérent a bénéficié du tiers payant sur la part obligatoire et n'a réglé que la part complémentaire : adressez à la MMC l'original du décompte de la caisse de régime de base obligatoire accompagné d'un reçu de paiement détaillé.

Les demandes de remboursements ou de prestations quelles que soient leurs natures doivent parvenir à MMC dans un délai de deux ans suivant la date de cessation des soins, sous peine de déchéance.

Contrôle des dépenses - contrôle médical : Nous nous réservons la possibilité de demander aux assurés :

- Tous les renseignements ou documents dont nous jugerions utiles de disposer pour l'appréciation du droit aux prestations. Si ces renseignements ou documents ont un caractère médical, l'assuré peut les adresser sous pli confidentiel au Médecin Conseil de la MMC

- De se faire examiner par un médecin de notre choix.

L'assuré s'engage à se soumettre à cet examen, sous peine d'être déchu du droit aux prestations pour l'accident ou la maladie en cause.

Arbitrage

En cas de désaccord d'ordre médical entre l'assuré et nous, le différend sera soumis à une procédure d'arbitrage amiable. Chacune des parties désignera un médecin. Si les médecins ne sont pas d'accord, ils choisiront un 3^{ème} médecin chargé de les départager. En cas de difficulté sur ce choix la désignation sera

faite par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'assuré, à la requête de la partie la plus diligente.

Chaque partie paiera les frais et honoraires de son médecin, et s'il y a lieu, la moitié des frais et honoraires du 3^{ème} médecin y compris les frais de sa nomination.

ARTICLE 14 - RÉSILIATION

14.1 - L'adhésion peut être résiliée

Par l'adhérent

Démission : le membre participant peut mettre fin à son adhésion ou à celle d'un de ses assurés en envoyant une lettre recommandée avec avis de réception à la Mutuelle au plus tard deux mois avant la fin de l'année civile. Elle doit être adressée au 31 octobre au plus tard pour une radiation au 31 décembre.

Vous ne pourrez toutefois demander la résiliation du contrat que si votre adhésion a une durée effective minimum de 12 mois.

Par la Mutuelle

Exclusion : conformément à ses statuts, la Mutuelle peut exclure les membres (adhérent et/ ou assuré) qui auraient causé volontairement atteinte aux intérêts de la Mutuelle.

Le membre dont l'exclusion est proposée pour ce motif est convoqué devant le Conseil d'Administration pour être entendu sur les faits qui lui sont reprochés.

S'il s'abstient d'y référer, sauf cas de force majeure, son exclusion peut être prononcée par le Conseil d'Administration. Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la décision d'exclusion.

Radiation : sont radiés les membres participants dont les garanties ont été résiliées dans les conditions prévues aux articles L.221-67, L.221-68 L.221-17 du code de la Mutualité.

Leur radiation est prononcée par le Conseil d'Administration.

De plein droit

En cas de retrait d'agrément de la Mutuelle

Contractuellement

En cas de perte de la qualité d'assuré social de l'adhérent, l'adhésion sera résiliée. Les autres assurés pourront continuer à être assurés s'ils en effectuent la demande.

14.2 - Les modalités de résiliation

La résiliation par l'adhérent doit être effectuée par courrier recommandé adressé au siège de la MMC.

La résiliation par la MMC sera notifiée à l'adhérent par lettre recommandée à son dernier domicile connu.

14.3 - Les conséquences de la résiliation, démission, radiation, exclusion

La démission, la radiation, l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées et entraînent de plein droit la cessation de toutes les garanties assurées par la Mutuelle. Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la démission, la radiation ou l'exclusion.

ARTICLE 15 - PRESCRIPTION

Toute action dérivant de la présente notice est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

ARTICLE 16 - SUBROGATION

La Mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. Cette subrogation s'exerce dans les limites des dépenses que la Mutuelle a exposées, à concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

Est exclue de la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique d'agrément, à moins que la prestation versée par la Mutuelle n'indemnise ces éléments de préjudice.

De même en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnités correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise sous la même réserve.

ARTICLE 17 - INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Les informations recueillies sont exclusivement utilisées dans le cadre de la gestion de la Mutuelle conformément à son objet. Ces données seront utilisées pour le suivi de votre dossier et l'envoi de documents sur les produits de la MMC ou de MMC DEVELOPPEMENT.COM, destinataires avec leurs mandataires de l'information.

Pour ne pas être sollicité, nous vous invitons à nous le faire savoir par simple courrier.

Aucune information gérée ne peut faire l'objet d'une cession ou mise à disposition de tiers à des fins commerciales.

Le membre participant peut demander communication ou rectification de toute information le concernant qui figurerait dans les fichiers de la Mutuelle, ainsi que le cas échéant de ses mandataires et réassureurs. Il pourra exercer ce droit d'accès et de rectification en s'adressant à la Mutuelle à l'adresse de son siège social.

ARTICLE 18 - LES RÉCLAMATIONS - LA MÉDIATION

Si vous rencontrez des difficultés liées à l'application du contrat, vous pouvez formuler une réclamation ou signifier votre désaccord par courrier simple adressé à MMC.

Si le différend persistait après la réponse apportée, vous aurez la faculté de demander l'avis du médiateur indépendant. Les coordonnées du médiateur seront communiquées sur simple demande au siège de la MMC.

ARTICLE 19 - AUTORITÉ DE TUTELLE

Autorité de Contrôle Prudentielle - 61, rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09

ARTICLE 20 - POSSIBILITÉ DE RENONCIATION

Articles L. 121-23 à L. 121-26 du Code de la Consommation

Article L. 121-23 - Les opérations visées à l'article L. 121-21 doivent faire l'objet d'un contrat dont un exemplaire doit être remis au client au moment de la conclusion de ce contrat et comporter, à peine de nullité, les mentions suivantes :

- 1/ nom du démarcheur et du fournisseur ;
- 2/ adresse du fournisseur ;
- 3/ adresse et lieu de conclusion du contrat ;
- 4/ désignation précise de la nature et des caractéristiques des biens offerts ou des services proposés ;
- 5/ conditions d'exécution du contrat, notamment les modalités et le délai de livraison des biens, ou d'exécution de la prestation des services ;
- 6/ prix global à payer et modalités de paiement ; en cas de vente à tempérament ou de vente à crédit, les formes exigées par la réglementation ou sur la vente à crédit, ainsi que le taux nominal de l'intérêt et le taux effectif global de l'intérêt déterminé dans les conditions prévues à l'article L. 313-1 ;
- 7/ faculté de renonciation prévue à l'article L.121-25, ainsi que les conditions d'exercice de cette faculté et, de façon apparente, le texte intégral des articles L. 121-23, L. 121-24, L.121-25 et L. 121-26.

Article L. 121-24 - Le contrat visé à l'article L. 121-23 doit comprendre un formulaire détachable destiné à faciliter l'exercice de la faculté de renonciation dans les conditions prévues par l'article L. 121-25. Un décret en Conseil d'État précisera les mentions devant figurer sur ce formulaire.

Ce contrat ne peut comporter aucune clause attributive de compétence. Tous les exemplaires doivent être signés et datés de la main même du client.

Article L. 121-25 - Dans les sept jours, jours fériés compris, à compter de la commande ou de l'engagement d'achat, le client a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec accusé de réception. Si ce délai expire normalement un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il est prorogé jusqu'au premier jour ouvrable suivant.

Toute clause du contrat par laquelle le client abandonne son droit de renoncer à sa commande ou à son engagement d'achat est nulle et non avenue.

Le présent article ne s'applique pas aux contrats conclus dans les conditions prévues à l'article L. 121-27.

Article L. 121-26 - Avant l'expiration du délai de réflexion prévu à l'article L. 121-25, nul ne peut exiger ou obtenir du client directement ou indirectement, à quelque titre ni sous quelque forme que ce soit, une contrepartie quelconque ni aucun engagement, ni effectuer des prestations de services de quelque nature que ce soit. Toutefois, la souscription à domicile d'abonnement à une publication quotidienne et assimilée, au sens de l'article 39 bis du code général des impôts, n'est pas soumise aux dispositions de l'alinéa précédent dès lors que le consommateur disposera d'un droit de résiliation permanent, sans frais ni indemnité, assorti du remboursement, dans un délai de quinze jours, des sommes versées au prorata de la durée de l'abonnement restant à courir.

En outre, les engagements ou ordres de paiement ne doivent pas être exécutés avant l'expiration du délai prévu à l'article L. 121-25 et doivent être retournés au consommateur dans les quinze jours qui suivent sa rétractation.

En cas de renonciation

Si des prestations ont été versées, l'adhérent s'engage à rembourser à la Mutuelle les montants perçus dans un délai de 30 jours.

Si des cotisations ont été perçues par la Mutuelle, la Mutuelle les remboursera sous déduction de la cotisation au prorata de la période de garantie dans un délai de 30 jours.

Si vous annulez votre adhésion, vous pouvez utiliser le formulaire ci-après.

RENONCIATION

Article L. 121-23 à L. 121-26 du Code de la Consommation. Si vous souhaitez renoncer à votre adhésion, complétez et signez ce formulaire.

- L'envoyer par lettre recommandée avec avis de réception à la Mutuelle Médico-Chirurgicale 6, rue Paul Morel - BP 80283 - 70006 VESOUL Cedex.

- L'expédier au plus tard le septième jour à partir du jour de la commande ou, si ce délai expire normalement un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, le premier jour ouvrable suivant.

JE SOUSSIGNÉ, DÉCLARE RENONCER À LA DEMANDE D'ADHÉSION AU CONTRAT CI-APRÈS :

Nom du contrat : _____

Nom et prénom de l'adhérent : _____

Adresse : _____

CP - Ville : _____

Téléphone : _____

Email : _____

Agence de souscription : _____

Date et signature de la demande : _____

Date et signature de l'adhérent

Protection «Coups Durs»

Conditions générales au contrat Protection « Coups Durs » souscrit par la Mutuelle Médico Chirurgicale, 6 rue Paul Morel 70000 Vesoul auprès de D A S pour le compte de ses adhérents.

DÉFINITIONS

Adhérent ou membre participant : Toute personne physique âgée de plus de 18 ans et de moins de 60 ans.

Accident : Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré, provenant de l'action brusque, soudaine, violente, de caractère fortuit et imprévu d'une cause extérieure.

Ne sont pas considérées comme un accident au titre du présent contrat les conséquences d'une crise d'épilepsie, de delirium tremens, d'une rupture d'anévrisme, d'un infarctus du myocarde et accidents vasculaires cérébraux, d'une embolie cérébrale ou d'une hémorragie méningée.

Adhérent : Personne physique âgée de plus de 18 ans et de moins de 75 ans désignée en qualité de chef de famille au titre d'un contrat complémentaire santé.

Année d'assurance : Période comprise entre 2 échéances anniversaires du contrat complémentaire santé.

Assuré : L'Adhérent.

L'Assureur : DAS Assurances Mutuelles, Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes - RCS LE MANS 775 652 142

DAS, Société Anonyme au capital de 60.660.096 €, RCS LE MANS 442 935 227

Sièges sociaux : 33, rue de Sydney - 70245 LE MANS CEDEX 2

Entreprises régies par le Code des Assurances

Ces sociétés sont dénommées ensemble DAS ou l'Assureur dans les présentes dispositions.

Contrat complémentaire santé : Contrat souscrit auprès du souscripteur intégrant les présentes garanties.

Licenciement : Rupture définitive d'un contrat de travail à durée indéterminée à l'initiative de l'employeur.

Date d'effet des garanties : Date de prise d'effet du contrat complémentaire santé.

Fin des garanties : La date de fin des garanties est celle retenue pour le contrat de complémentaire santé.

Déchéance : Sanction consistant à priver l'Assuré du bénéfice de la garantie en cas de non- respect de l'une de ses obligations.

Délai de carence : Période de six mois qui commence à courir à compter du jour de la prise d'effet de la garantie et au cours de laquelle la garantie ne s'applique pas.

Tout sinistre apparu pendant le délai de carence n'est pas garanti au titre du présent contrat même si les conséquences se poursuivent au-delà.

Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT) : État d'une personne qui se trouve temporairement dans l'impossibilité complète, continue et médicalement reconnue, de se livrer à l'exercice de son activité professionnelle.

Maladie : Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) : État, médicalement constaté, d'une personne inapte totalement et irrémédiablement à tout travail ou occupation rémunérée et nécessitant l'assistance constante d'une tierce personne pour accomplir les actes de la vie ordinaire.

Rétablissement personnel : Procédure ouverte par le juge de l'exécution et entraînant la suspension des procédures d'exécution diligentées contre le débiteur et portant sur les dettes autres qu'alimentaires.

Sinistre : Événement non connu de l'Adhérent à la date d'adhésion au présent contrat susceptible de mettre en jeu la garantie.

GARANTIES

ARTICLE 1 - OBJET DE LA GARANTIE

L'assureur garantit à l'Assuré la prise en charge de quatre (4) mensualités d'assurance complémentaire santé dues au titre du contrat complémentaire santé à la suite de la survenance de l'un des événements suivants, étant entendu que la prise en charge est limitée à 250 € sur la durée totale d'indemnisation et à un sinistre par année d'assurance, toutes garanties confondues.

Perte d'emploi

En cas de perte d'emploi consécutive à un licenciement, sous réserve que les 5 conditions cumulatives suivantes soient remplies :

- l'Assuré doit justifier, à la date de son licenciement, avoir occupé un emploi salarié sous contrat de travail à durée indéterminée pendant 6 mois au moins chez le même employeur,

- le chômage doit être total,

- le chômage doit ouvrir droit au versement d'allocation d'assurance chômage (allocation d'aide au retour à l'emploi versée par les ASSEDIC, prestations versées par tout autre organisme gestionnaire d'une prestation équivalente pour les salariés du secteur public, allocations de formation versées dans le cadre d'une convention de reclassement ou d'une formation assurée par un centre agréé),

- le chômage doit être continu pendant au moins 30 jours à compter de la date

de réception par l'Assuré, de la lettre d'admission au bénéfice des allocations d'assurance chômage envoyée par l'organisme concerné,

- la convocation à l'entretien préalable de licenciement doit survenir à l'issue du délai de carence fixé à six mois et avant le soixantième (60^{ème}) anniversaire de l'Assuré.

Arrêt de travail

- En cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT), sous réserve que les conditions cumulatives suivantes soient remplies :

- en cas de maladie, les premières constatations de la maladie à l'origine de l'ITT doivent survenir après la date de prise d'effet des garanties et à l'issue du délai de carence fixé à six mois,

- l'arrêt de travail consécutif à l'ITT doit être d'au moins 15 jours,

- l'ITT doit survenir au plus tard au soixante-cinquième (65^{ème}) anniversaire de l'Assuré.

Rétablissement personnel

En cas d'ouverture d'une procédure de rétablissement personnel de l'Assuré, sous réserve que la condition suivante soit remplie : la procédure de rétablissement personnel est initiée à l'issue du délai de carence fixé à six mois.

Hospitalisation suite à un accident

En cas d'hospitalisation de l'Assuré due à un accident, sous réserve que l'hospitalisation soit d'une durée d'au moins sept (7) jours consécutifs, et à l'issue de la période de carence de six mois.

Ne sont pas considérés comme des hospitalisations les séjours de cure, de repos, de convalescence, de rééducation, de soins thermaux, esthétiques ou de traitements des maladies mentales.

L'indemnité versée en cas d'hospitalisation suite à un accident ne peut pas être cumulée avec celle versée en cas d'arrêt de travail.

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

En cas de PTIA de l'Assuré, consécutive à une maladie ou à un accident, sous réserve que les conditions cumulatives suivantes soient remplies :

- les premières constatations de la maladie à l'origine de la PTIA surviennent à l'issue du délai de carence fixé à six mois

- la PTIA survient avant le soixante-quinzième (75^{ème}) anniversaire de l'Assuré.

ARTICLE 2 - TERRITORIALITÉ

Les garanties s'exercent dans le monde entier.

En cas d'accident ou de maladie survenant hors de France, l'Assuré est tenu de faire élection de domicile en France pour toute contestation d'ordre médical ou pour toute action judiciaire survenant à l'occasion d'un sinistre. Tout état d'incapacité ou de PTIA de l'Assuré à la suite d'une maladie ou d'un accident garanti, survenu hors de France, doit être constaté médicalement en France pour ouvrir droit au paiement des prestations.

ARTICLE 3 - EXCLUSIONS DE GARANTIE

Sont exclus des garanties prévues en cas d'hospitalisation suite à un accident, d'arrêt de travail ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie :

- tentative de suicide de l'Assuré au cours de la première année qui suit la date d'effet de la garantie,

- la pratique sous licence des sports à risque suivants : sports mécaniques, sports aériens, spéléologie, escalade, saut à l'élastique, canyoning,

- la guerre mettant en cause l'État français, et les explosions ou radiations causées par la réaction nucléaire, une transmutation du noyau de l'atome ou la radioactivité,

- la rixe, sauf si l'Adhérent agit en état de légitime défense ou pour venir en aide à une personne en danger,

- les accidents ou maladies qui sont le fait volontaire de l'Assuré,

- les conséquences de l'éthylisme, de l'usage de drogues ou de stupéfiants non prescrits médicalement ou d'hallucinogènes,

- les accidents dus à la conduite en état d'ivresse (taux d'alcoolémie supérieur au taux légal en vigueur au jour du sinistre),

- les maladies apparues avant la date d'effet des garanties et pendant le délai de carence ainsi que leurs suites,

- la grossesse,

- les séjours des personnes qui d'une manière irréversible n'ont plus leur autonomie ou dont l'état nécessite une surveillance constante et/ou des traitements d'entretien.

Sont exclus des garanties prévues en cas de perte d'emploi :

- les actes à caractère frauduleux ou dolosif de l'Adhérent ou d'un complice,

- les démissions volontaires, légitimes ou non, même si elles sont indemnisées par l'ASSEDIC,

- toute forme de cessation d'activité lorsque l'Assuré est dispensé de rechercher un nouvel emploi,

- les fins de contrat de travail à durée déterminée ou de contrat temporaire de travail,

- le licenciement non indemnisé par l'ASSEDIC ou par tout autre organisme gestionnaire d'une prestation équivalente pour les salariés du secteur public,

- le chômage partiel ou saisonnier,

- le licenciement pour faute lourde,

- le chômage consécutif au licenciement de l'Assuré salarié, de son conjoint, ascendant, descendant, collatéral ou d'une personne morale contrôlée ou dirigée par lui-même, son conjoint, ascendant, descendant, collatéral,

- la cessation d'activité résultant d'un accord entre l'employeur et le salarié dit "rupture conventionnelle" ou "départ négocié" (y compris ceux donnant lieu à indemnisation par l'ASSEDIC ou par tout autre organisme gestionnaire d'une prestation équivalente pour les salariés du secteur public),

- les licenciements lorsque l'Adhérent est domicilié à l'étranger,

- la rupture du contrat de travail au cours de la période d'essai.

ARTICLE 4 - LE SINISTRE

4.1 - La déclaration de sinistre

En cas de sinistre, l'Assuré doit, dans les quatre-vingt-dix (90) jours maximum qui suivent la survenance du sinistre ou la fin du délai de carence, adresser sa demande d'indemnisation par courrier à MMC - Service MMC Développement - 6 rue Paul Morel - BP 80283 - 70006 VESOUL Cedex

Tout sinistre non déclaré dans le délai maximum de quatre-vingt-dix (90) jours qui suit la survenance du sinistre ou la fin du délai de carence, sauf cas fortuit ou de force majeure, ne bénéficiera pas des garanties si l'Assureur établit que le retard lui a causé un préjudice.

Toute omission, réticence, fausse déclaration intentionnelle ou non dans la déclaration du sinistre expose l'Adhérent à une déchéance de garanties et à la résiliation de son adhésion.

4.2 - Pièces justificatives à joindre par l'Assuré à sa demande d'indemnisation

L'Assuré doit joindre à sa demande d'indemnisation les pièces justificatives ci-dessous énumérées :

Dans tous les cas : L'échéancier des cotisations d'assurance complémentaire santé dues au titre du contrat complémentaire santé.

En cas de perte d'emploi

- Un certificat de l'employeur, daté et signé, indiquant la date de début du contrat de travail, la date de début du préavis de licenciement,

- Un certificat ou le contrat de travail de l'emploi occupé à la date d'effet de la garantie,

- Les décomptes d'allocations ASSEDIC ou d'allocations équivalentes pour les salariés du secteur public,

- La copie de la lettre de licenciement.

En cas d'arrêt de travail

- Certificat médical indiquant la nature de l'accident ou de la maladie qui justifie l'Incapacité Temporaire Totale de travail, la date de début et la durée probable de cet état,

- Procès verbal de gendarmerie ou de police en cas d'accident,

- Copie des avis d'arrêt de travail.

En cas de rétablissement personnel

- La copie du jugement prononçant le rétablissement personnel,

- La décision de la commission de surendettement prononçant la liquidation du patrimoine de l'assuré.

En cas d'hospitalisation suite à un accident

- Certificat du médecin traitant précisant la cause et la nature de l'hospitalisation,

- Bulletin d'hospitalisation ou facture faisant apparaître les dates d'entrée et de sortie.

En cas de perte Totale et Irréversible d'Autonomie

- Rapport médical circonstancié sur la cause, la nature, le début, l'évolution et la durée probable de la maladie ou les conséquences prévisibles de l'accident, ainsi que le degré de l'invalidité au travail.

Dans tous les cas, l'Assureur se réserve le droit de demander tout autre document lui permettant d'apprécier la réalité du sinistre déclaré.

4.3 - Paiement des indemnités

L'Assureur ou son délégataire verse à l'Assuré l'indemnité qui lui est due dans un délai de quinze (15) jours à compter du jour où il dispose d'un dossier complet, étant entendu que la prise en charge est limitée à un sinistre par année d'assurance, toutes garanties confondues.

ARTICLE 5 - SUBROGATION

Conformément à l'article L. 121-12 du Code des assurances, en cas de règlement partiel ou total d'indemnités, l'Assureur est subrogé automatiquement dans tous droits et actions de l'Assuré, à concurrence du montant des indemnités réglées.

ARTICLE 6 - PRESCRIPTION

Toute action dérivant du présent contrat d'assurance collectif est prescrite par 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance. La prescription peut notamment être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'un expert à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription peut, en outre, résulter de l'envoi - par l'Assureur ou l'Assuré à l'autre partie - d'une lettre recommandée avec accusé de réception (articles L. 114-1 et L. 114-2 du Code des Assurances).

ARTICLE 7 - PRISE D'EFFET ET DURÉE DES GARANTIES ACCORDÉES AUX CLIENTS DE MMC

Les garanties prennent effet à la date de prise d'effet du contrat complémentaire santé souscrit par l'Assuré.

Elles sont acquises pour la durée de vie du contrat complémentaire santé.

Les garanties prennent fin :

- Au 60^{ème} anniversaire de l'Assuré pour les garanties perte d'emploi,

- Au 65^{ème} anniversaire de l'Assuré pour les garanties arrêt de travail,

- Au 75^{ème} anniversaire de l'Assuré pour la garantie PTIA,

- En cas de non-paiement des cotisations, (voir article 9),
- En cas de décès de l'Assuré,
- De plein droit à la date de versement de l'indemnité pour la garantie PTIA,
- De plein droit en cas de dénonciation du présent contrat collectif par le Souscripteur ou par l'Assureur à l'échéance annuelle. Dans ce cas, le Souscripteur s'engage à en informer chaque Assuré deux (2) mois avant la date d'effet de la résiliation,
- De plein droit en cas de résiliation par l'Assuré du contrat complémentaire santé intégrant la présente garantie.

ARTICLE 8 - PRISE D'EFFET ET DURÉE

Les garanties prennent effet à la date d'effet du contrat de complémentaire santé, et se renouvellent aux mêmes échéances.

ARTICLE 9 - COTISATION

La cotisation est appelée mensuellement. Elle est fixée annuellement.

La cotisation est révisable chaque année au 31 décembre en fonction des résultats techniques du groupe, et/ou de l'aggravation générale des risques assurés.

ARTICLE 10 - LES OBLIGATIONS DE L'ADHÉRENT

L'Adhérent doit en outre déclarer à l'Assureur les circonstances nouvelles qui ont pour conséquence soit d'aggraver ou de diminuer les risques, soit d'en créer de nouveaux et rendent, de ce fait, inexactes ou caduques les stipulations du présent contrat.

L'Adhérent doit déclarer ces circonstances à l'Assureur dans un délai de 15 jours à partir du moment où il en a eu connaissance.

ARTICLE 11 - LANGUE ET LÉGISLATION

La langue utilisée pendant la durée de l'adhésion de l'Adhérent est le français. Les relations précontractuelles et le présent contrat sont régis par le droit français.

Tout litige né de l'exécution, de l'inexécution ou de l'interprétation du présent contrat sera de la compétence des juridictions françaises.

ARTICLE 12 - INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique et aux libertés modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004.

Les données personnelles communiquées par l'Assuré (par téléphone, messagerie électronique ou autrement) sont nécessaires pour les traitements informatiques liés à la gestion du contrat et peuvent également, sauf opposition de sa part, être utilisées à des fins commerciales.

Elles peuvent également faire l'objet de traitements spécifiques et d'informations aux autorités compétentes dans le cadre des dispositions législatives et réglementaires en vigueur notamment relatives à la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme.

Elles pourront être utilisées par les mandataires, les réassureurs, les partenaires et organismes professionnels de l'Assureur.

Les informations recueillies sont exclusivement utilisées dans le cadre de la gestion de la Mutuelle conformément à son objet. Les informations détenues dans le cadre de la gestion pour compte sont exclusivement utilisées dans les conditions où elles l'auraient été si la gestion avait été effectuée directement par le mandant. Aucune information gérée ne peut faire l'objet d'une cession ou mise à disposition de tiers à des fins commerciales.

L'Assuré peut à tout moment exercer ses droits d'opposition, de communication, de rectification, et de suppression par courrier adressé au Service Qualité - DAS - 33, rue de Sydney -72045 LE MANS cedex 2.

ARTICLE 13 - RECLAMATION

Pour toute difficulté relative aux conditions d'application du présent contrat d'assurance, L'Assuré peut écrire à l'assureur : DAS - Service Qualité - 33, rue de Sydney - 72045 LE MANS CEDEX 2.

Si le désaccord persiste après la réponse donnée par l'Assureur, l'Assuré ou l'Adhérent peut solliciter l'avis du médiateur dont les coordonnées lui seront communiquées par le Service Qualité de l'Assureur.

ARTICLE 14 - AUTORITÉ DE CONTRÔLE

L'autorité de contrôle de l'Assureur est : l'Autorité de contrôle prudentiel - 61, rue Taitbout -75436 PARIS CEDEX9